

# DECLARACIÓN DE SINIESTRO – SEGURO DE AUTOMÓVILES

Póliza No. _____	Certificado No. _____	Reclamo No. _____
------------------	-----------------------	-------------------

Este formulario deberá presentarse dentro de las 48 horas siguientes a la realización del evento. Para evitar demoras innecesarias, favor contestar cada pregunta detalladamente.

## DATOS DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Direcciones: Residencia \_\_\_\_\_ Tel. No. \_\_\_\_\_

Trabajo \_\_\_\_\_ Tel No. \_\_\_\_\_

## DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Año de Fabricación: \_\_\_\_\_

No. de Motor: \_\_\_\_\_ No. de Chasis: \_\_\_\_\_ No. de Placa: \_\_\_\_\_

Color: \_\_\_\_\_ Capacidad: \_\_\_\_\_

## DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

Fecha del evento: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ ¿Utilizó el servicio de la asistencia? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta es NO ¿Por qué? \_\_\_\_\_ Rumbo al que se dirigía \_\_\_\_\_

Velocidad \_\_\_\_\_ K.P.H. Dirección en donde ocurrió el siniestro: \_\_\_\_\_

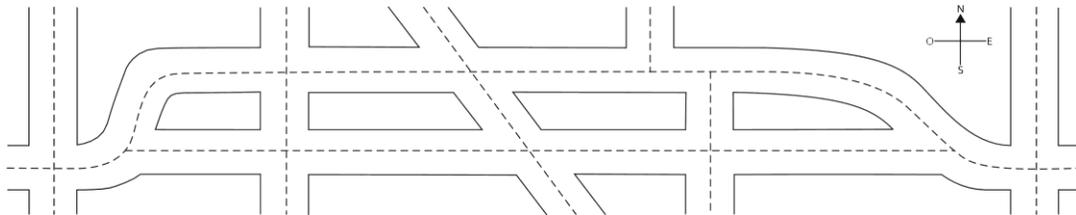
Describe con claridad cómo ocurrió el evento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique en el gráfico que aparece a continuación el rumbo y la posición de su vehículo al ocurrir el evento así como el (los) otro (s), en caso de que hubiera (n).



## DATOS DEL CONDUCTOR

Nombre de la persona que conducía el vehículo al momento del evento: \_\_\_\_\_

Relación o parentesco con el asegurado \_\_\_\_\_ No. de Identidad: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ ¿Quién le autorizó a conducir el vehículo asegurado? \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ No. de Licencia: \_\_\_\_\_ Tipo de Licencia \_\_\_\_\_

Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LAS AUTORIDADES

¿Se ha notificado el caso a las autoridades? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si su respuesta es negativa, describa el motivo \_\_\_\_\_

Indique la autoridad que tomó parte del evento \_\_\_\_\_

¿A quién se atribuye la responsabilidad del Accidente? \_\_\_\_\_

## DESCRIPCIÓN DE DAÑOS

Descripción de daños al vehículo asegurado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿En dónde se encuentra el vehículo asegurado? \_\_\_\_\_

Si el vehículo fue detenido, indique ¿en dónde se encuentra y qué juzgado conoce del caso? \_\_\_\_\_

Detalle de personas que viajaban en el vehículo, indicando si resultaron lesionadas.

Nombre del Ocupante	Dirección	Teléfono	Descripción de Lesiones

Nombre y Dirección de Testigos \_\_\_\_\_

### DATOS DE TERCERO CULPABLE

Nombre de la persona que conducía el vehículo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Tipo de Licencia: \_\_\_\_\_ No. de Licencia: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_

Marca del vehículo: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Motor No.: \_\_\_\_\_

Chasis No.: \_\_\_\_\_ No. de Placa: \_\_\_\_\_ Nombre y dirección del propietario del vehículo: \_\_\_\_\_

¿Hay algún compromiso de pago firmado? Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

### DATOS DE TERCERO (S) AFECTADO (S)

#### A. RESPONSABILIDAD CIVIL BIENES

Descripción	Bien Número 1	Bien Número 2
Clase de Bien Afectado		
Nombre del Propietario		
Número Teléfono Fijo – Móvil		
Dirección del Propietario		
Características del Bien Afectado		
Lugar en que se encuentra el bien		
Descripción del Daño		

#### B. RESPONSABILIDAD CIVIL PERSONAS

Nombre de Lesionado	Dirección	Teléfono	Descripción de Lesiones

Si hubo hospitalización, indique en qué hospital(es): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ No. de Identidad: \_\_\_\_\_

Bajo gravedad de juramento declaro que los datos contenidos en este aviso de siniestro han sido examinados por el firmante y constituyen una verdadera y completa declaración de los hechos. Me obligo a suministrar a la Compañía todos los informes que me solicite con respecto al siniestro o a la indemnización y faculto a ésta para que en mi nombre puedan requerir información relativa a este reclamo. Me comprometo a no aceptar responsabilidad sin el consentimiento previo y escrito de la Compañía y a hacer de su conocimiento en forma inmediata cualquier información o reclamo que reciba sobre el evento.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Asegurado**  
(Incluir sello en caso de ser persona jurídica)

\_\_\_\_\_  
**Firma del Conductor**

Nombre del Intermediario \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### DOCUMENTACIÓN INICIAL REQUERIDA

- Fotocopia de Boletas de Revisión, Licencias y Tarjetas de Identidad de los Conductores involucrados en el evento.
- Original de la Certificación de la Denuncia ante las autoridades competentes.
- Original y Copia del Presupuesto de Reparación de Daños.
- En caso de lesiones corporales deberá añadirse declaración de siniestro de seguro de personas, informe médico y originales de factura y/o recibos de gastos de hospital, farmacias y de los médicos que intervinieron en el caso.